



Consideracions ètiques i socials sobre el calendari de vacunacions del Departament de Salut

Comitè
Consultiu
Bioètica
Catalunya

Consideracions ètiques i socials sobre el calendari de vacunacions del Departament de Salut

A la 62a. reunió plenària, duta a terme el 18 de desembre de 2007, el Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya va respondre a la sol·licitud formulada pel Consell Assessor del Departament de Salut, que es mostrava preocupat per unes informacions aparegudes als mitjans de comunicació, en què es qüestionaven aspectes sobre la pràctica de la vacunació sistemàtica que se segueix a Catalunya.

Per tal d'elaborar la seva opinió, el Comitè va comptar amb les aportacions dels responsables de la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut: el Sr. Antoni Plasència, la Sra. Carmen Cabezas i el Sr. Lluís Urbiztondo.

A continuació s'enumeren un conjunt de consideracions i de recomanacions fetes en aquella reunió i que el Comitè considera adient fer extensives a tots els professionals del sistema sanitari de Catalunya.



Consideracions ètiques i socials sobre el calendari de vacunacions del Departament de Salut

1. L'estratègia de la vacunació sistemàtica. Aspectes generals

"Mai en la història del progrés humà no ha existit un mètode millor i més barat de prevenir la malaltia"

(G. Edsall)

Les vacunes han estat i continuen essent una de les estratègies de salut pública més efectives i eficients del món.

La vacunació és una mesura preventiva d'interès per a tothom. Les indicacions de vacunació depenen de l'epidemiologia de les malalties que es poden prevenir mitjançant la seva utilització, del lloc geogràfic on es resideix, de l'ocupació, de les conductes i els estils de vida, de l'edat, de la presència de determinades patologies, etc.

Des del punt de vista sanitari, les vacunacions s'acostumen a classificar en dos grans grups: les sistemàtiques i les no sistemàtiques, segons els objectius epidemiològics i sanitaris que es pretenen aconseguir amb la seva aplicació a la població.

Les vacunacions sistemàtiques presenten un interès individual i comunitari, per això estan indicades per a tota la població, amb excepció dels casos individuals de contraindicació. En general, s'apliquen en el marc dels serveis d'atenció primària com a programes de salut pública, seguint un calendari vacunal.

L'aplicació de les vacunes no sistemàtiques, en canvi, té caràcter individual i es basa en les indicacions motivades per les circumstàncies personals o ambientals que envolten una persona en concret.

La vacunació sistemàtica es recomana a tots els infants a partir dels dos mesos de vida. Encara que la majoria de vacunes s'administren abans d'arribar a l'adolescència, la vacunació sistemàtica no finalitza amb la infància, ja que després d'aquesta etapa es recomana a les persones adultes la revacunació amb l'antitetànica i l'antidiftèrica (Td) cada 10 anys. A més, a les persones més grans de 60 anys se'ls recomana la vacunació antigripal i l'antipneumocòccica de manera general.

La vacunació ocupa un lloc fonamental en la prevenció de les malalties transmissibles. Els beneficis de la vacunació no es limiten als individus vacunats, ja que quan la proporció de vacunats en una població assolix una determinada magnitud, la difusió de les malalties cobertes per les vacunes es veu dificultada i el risc d'infecció disminueix no només entre els vacunats sinó també en la resta de la població. Aquest fenomen es coneix amb el nom d'immunitat de grup, també denominat immunitat col·lectiva o de ramat. Per aquest motiu, des del punt de vista de la salut pública, la utilització de les vacunes s'ha de plantejar amb estratègies poblacionals, i cercar els beneficis col·lectius amb una perspectiva que va més enllà de la protecció individual i que pretén, a més a més, el control de les malalties transmissibles i, si és possible, la seva eliminació i eradicació.

La contribució de les vacunes ha estat decisiva per canviar el perfil de la mortalitat i de la morbiditat a molts llocs del món, gràcies a una espectacular reducció d'algunes de les malalties transmissibles que han delmat la humanitat durant la major part de la seva història i fins fa poc més de 50 anys. Per exemple, han estat l'estratègia decisiva per eradicar la verola arreu del món (1976) i per eliminar a algunes zones geogràfiques o reduir substancialment malalties com la diftèria, la poliomièlitis, el xarampió o la rubèola.

A Catalunya, l'efecte de les vacunacions ha permès eliminar els casos de poliomièlitis, de ràbia, de diftèria i de rubèola congènita, i ha reduït en més del 99% els de tos ferina (catarrò), xarampió, parotiditis i rubèola (taula 1). Això equival a evitar els més de 35.000 casos anuals d'aquestes malalties que afectaven els infants catalans fa només 20 anys. Una part important d'aquest èxit es deu a l'activitat desenvolupada a partir de l'any 1980 per la Generalitat de Catalunya amb l'assumpció de les competències de salut pública. Aquell mateix any es va publicar el primer manual i el primer calendari de vacunacions amb l'objectiu d'assolir cobertures vacunals elevades, especialment entre la població infantil. D'aleshores ençà, tres manuals i nou calendaris de vacunacions corroboren l'esforç constant d'actualització en aquesta matèria.



Taula 1. Variació de la incidència d'algunes malalties vacunables a Catalunya (1984-2004).

Malaltia	Casos (1984)	Casos (2004)
Diftèria	0	0
Tos ferina	5.745	206
Xarampió	2.229	12
Tètanus	22	6
Poliomielitis	0	0
Rubèola congènita	0	1
Parotiditis	20.576	104
Rubèola	8.168	11
Tètanus neonatal	0	0

2 mesos	DTPa	VPI		HB	Hib	MCC	
4 mesos	DTPa	VPI		HB	Hib		
6 mesos	DTPa	VPI		HB	Hib	MCC	
15 mesos			TV			MCC	
18 mesos	DTPa	VPI			Hib		
4 anys			TV				
4-6 anys	DTPa						
12 anys				3 HAB*			Varicel·la**
14-16 anys	Td						

Figura 1. Calendari de vacunacions sistemàtiques a Catalunya.

*La vacunació contra l'hepatitis A no es preveu al calendari oficial de vacunacions de Catalunya. S'administra vacuna combinada antihepatitis A i B als escolars de sisè de primària, en el context d'un programa pilot vigent fins al curs escolar 2013-2014.

**S'administra la vacuna als escolars de sisè de primària susceptibles de tenir-ne.

El calendari de vacunacions recomanades de manera sistemàtica actualment a Catalunya es mostra a la **figura 1**.

A Catalunya les cobertures de vacunació són molt bones. Per a les dosis de primovacació se situen al voltant del 98% i per a les dosis de reforç, per damunt del 90%, fet que ha permès controlar la incidència de les malalties contra les quals es vacuna i fins i tot aconseguir eliminar-ne algunes, així s'ha impedit que emmalalteixin no només les persones vacunades, sinó també les que no es poden vacunar perquè presenten problemes de salut que ho contraindiquen.

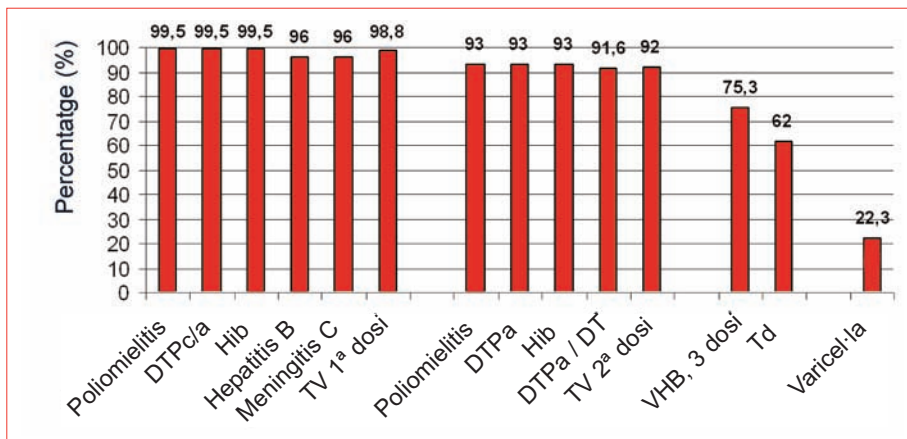


Figura 2. Cobertures vacunals a l'any 2006 a la Comunitat autònoma de Catalunya

Per aconseguir-ho, cal obtenir cobertures que siguin suficients per interrompre la transmissió dels microorganismes causants de les malalties, fet que varia segons el grau de contagiositat de cada agent (taula 2), de manera que el llindar d'immunitat de grup per malalties com el xarampió requereix cobertures que se situen al voltant del 94%. Es pot entendre que la vacunació correcta de la població aconsegueix beneficis que van més enllà dels individuals i que és molt important mantenir l'adherència de la comunitat a la vacunació, que pot esdevenir fins i tot una acció solidària per als qui no es poden vacunar.

En els darrers temps han sorgit col·lectius que presenten actituds crítiques envers la vacunació i que opinen que en la situació epidemiològica actual de Catalunya les vacunes no són necessàries i que fins i tot comporten perills que no són acceptables. Fins ara el nombre d'individus que rebutgen la vacunació és petit, però tenint en compte la tendència observada a altres països i el risc que representa la disminució de cobertures per al control de determinades malalties, s'ha suscitat un debat sobre el conflicte que es presenta entre la llibertat individual de la decisió de vacunar i la recomanació generalitzada, àdhuc l'obligatorietat, de la vacunació per interès comunitari.



Taula 2. Lindar d'immunitat de grup per a algunes malalties prevenibles mitjançant la vacunació.

Malaltia prevenible mitjançant vacunació	Grau d'immunitat comunitària
Diftèria	85%
Xarampió	94% o més
Tos ferina	94%
Rubèola	85%
Verola	85%

A Catalunya (com a la resta de l'Estat espanyol) les vacunacions es recomanen, no són obligatòries. Ara bé, no sempre ha estat així, per exemple, una disposició de l'any 1921 feia obligatòria la vacunació antivarolosa en els dos primers anys de vida, en ingressar a l'escola primària i en incorporar-se al servei militar. La Llei de bases de sanitat de 1944 va confirmar l'obligatorietat de la vacunació antivarolosa i va afegir-hi l'antidiftèrica. Aquestes mesures legals van tenir una gran repercussió positiva, que va dur a la pràctica eradicació de ambdues malalties. L'obligatorietat de la vacunació antivarolosa va ser suprimida amb una llei del 24 d'abril de 1980, però no ha passat el mateix amb la vacuna antidiftèrica, tot i que en la pràctica està suprimida perquè s'ha deixat d'utilitzar de manera aïllada com a vacuna monovalent i està indosa a les vacunes combinades amb els components contra el tètanus, la tos ferina o altres. Malgrat que la vacunació no és obligatòria, es demana el carnet vacunal a l'hora d'entrar a les escoles i es recomana informar el Centre d'Atenció Primària (CAP) corresponent en cas que una persona no hagi estat vacunada. Hi ha alguns països de la unió Europea (UE) on algunes vacunes són obligatòries (figura 2).

Un factor fonamental en aquest debat és la seguretat de les vacunes. Entre les preocupacions que manifesten els grups crítics destaquen les possibles relacions entre la vacunació i malalties com l'autisme, alteracions neurològiques com l'esclerosi múltiple, alteracions immunitàries, malalties autoimmunitàries o en què s'està investigant una causa autoimmunitària (per exemple diabetis) i mort sobtada, etc. Entre els mecanismes causants d'aquests fenòmens, es fa referència a la toxicitat dels derivats del mercuri que contenen algunes vacunes (sobretot abans de l'aparició de les presentacions en monodosi), o a l'acció dels virus atenuats constituents d'algunes vacunes. Els estudis científics sobre aquests problemes han demostrat en tots els casos la falta de relació causal entre les vacunes i aquests fenòmens. De tota manera, les vacunes no són 100% segures; pràcticament qualsevol vacuna pot produir potencialment una reacció al·lèrgica greu en una persona susceptible. Pel que fa a vacunes amb virus vius atenuats, com la vacuna antipoliomielítica oral, s'han documentat casos de poliomielitis paralítica, molt infreqüents però directament relacionats amb ella. També es pot produir xarampió postvacunal greu en pacients immunodeficients vacunats per error. Les vacu-

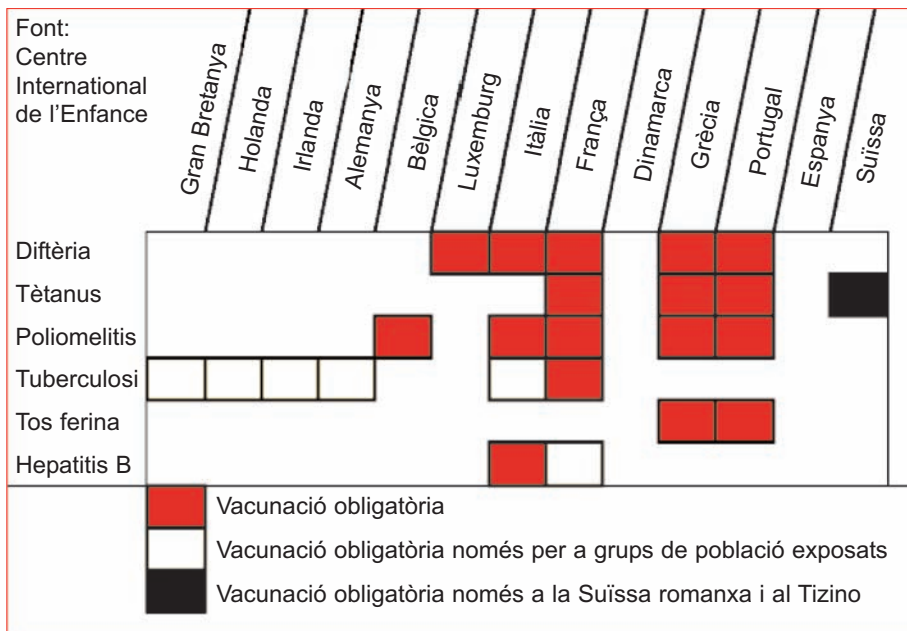


Figura 2. Obligatorietat de vacunes a la UE i al Tizino

Nota: A 22 estats dels EUA són obligatòries abans d'entrar a l'escola.

nes, encara que amb freqüències extremadament baixes, poden produir reaccions adverses greus. La freqüència d'aquestes complicacions i/o formes greus de la malaltia és molt menor que la que es produeix davant de la infecció i la malaltia pel virus salvatge.

Per garantir al màxim la seguretat, les vacunes se sotmeten a un control estricte en el seu desenvolupament. Per tal que una vacuna sigui incorporada al calendari de vacunacions sistemàtiques, cal provar-ne prèviament la seguretat i eficàcia protectora en assaigs clínics controlats. El control es continua una vegada comercialitzades mitjançant la farmacovigilància i el seguiment postcomercialització de la seguretat. En aquesta línia, l'any 1999 el Departament de Salut va crear el Programa de Reaccions Associades a la Vacunació a Catalunya, en col·laboració amb les autoritats responsables de farmacovigilància, amb la finalitat de conèixer, quantificar, controlar i prevenir les reaccions associades a la vacunació (RAV) i donar suport, en cas que calgui, a una intervenció sanitària per a tractament o estudi. De l'any 1999 al 2005 es van declarar 1.221 RAV, fet que representa una taxa d'incidència de 5 casos/100.000 dosis distribuïdes. Un 4,5% del total de casos declarats van ser qualificats de greus, encara que en un 86,3% es van resoldre en el mateix centre vacunal.



Cal dir que hi ha una sobreestimació de les RAV greus perquè és millor declarar-les, però en general les reaccions adverses són lleus i les greus es presenten amb una incidència extremadament baixa, de manera que el fet de no vacunar (excepte en els casos de persones que presenten alguna contraindicació) i ser susceptible a la malaltia representa un risc molt més elevat que el de vacunar.

En resum, les vacunes representen una de les intervencions de salut pública amb una millor relació de cost-efectivitat. Cada any eviten molts casos de malaltia al nostre entorn. És una mesura molt ben acceptada per la població. Les cobertures vacunals són molt altes i contribueixen no només a una immunitat individual, sinó també a una immunitat de grup. Malgrat no ser 100% segures i que en alguns casos poden produir reaccions adverses greus, aquestes són molt menys freqüents que les complicacions i malalties greus que es produeixen amb la infecció natural. Des del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, i a través dels centres vacunals, es fa un esforç molt important per mantenir al dia les indicacions vacunals i per vacunar la major part de la població. ■



2. Consideracions ètiques sobre l'obligació de vacunar tota la societat contra algunes malalties

Tal com indica l'informe de la Direcció General de Salut Pública que precedeix, és evident que la vacunació ha estat i és "una de les estratègies de salut pública més efectives i eficients". No es pot discutir que és i ha estat una eina essencial per prevenir algunes malalties contagioses i perilloses, per eradicar la verola i, per fer disminuir dràsticament i en pocs anys, per exemple, la diftèria o la poliomielitis. És evident que ha estat un esforç social de protecció col·lectiva que ha resultat molt efectiu.

A la societat li continua interessant que aquest esforç no disminueixi i que la proporció de persones immunitzades no baixi del "llindar d'immunitat comunitària", és a dir, d'aquell que protegeix fins i tot a qui s'ha contraindicat la vacuna i a qui li els hagi resultat poc efectiva; un nivell que està al voltant del 90% en la majoria de casos. A més a més, es demostra que aquest esforç és eficient, ja que el cost emprat (no només en despesa, sinó també en dedicació personal, temps, programació, etc.) no es pot ni comparar amb allò que representa la cura de les malalties que prevé. Així doncs, és lògic que els ciutadans esperin continuar aquesta tasca de minimització d'aquells perills del seu entorn que són previsibles, evitables i que no representen un risc o una càrrega excessiva per a cada persona¹.

En aquest cas, queda patent el risc mínim per a les persones que es vacunen. Tot i acceptar que qualsevol acció sanitària té un risc, en el cas de les vacunes és molt inferior, en quan-

¹Public Health: Ethical Issues. Nuffield Council on Bioethics, 2007
<http://www.nuffieldbioethics.org>

titat i en qualitat, que el de la malaltia que eviten. Pel que fa a aquest punt, és convenient denunciar que s'esgrimeixen riscos hipotètics de manera gratuïta, que s'han volgut establir relacions causals sense cap base científica entre vacunes i malalties poc conegudes (com ara l'autisme o la malaltia de Crohn) o creixements inexplicats de malalties (com els de la diabetis juvenil i d'altres patologies autoimmunitàries). Els temors o dubtes intuïtius s'han de comprovar amb fets que els corroborin o falsin abans d'esgrimir-los per deixar d'actuar eficaçment contra la malaltia.

Les propostes d'actuació sanitària s'han de basar en un coneixement racional. I quan aquest coneixement es té, resulta èticament reprovable no proposar-ho: tot ciutadà té dret al coneixement i a l'accés al millor tractament, curatiu o preventiu. I d'aquest dret, se'n desprenen deures de l'Administració.

Una altra cosa és la possible no acceptació de la proposta que es fa, encara que sigui la millor. Una persona té dret a no consentir una actuació sobre si mateixa, per molt racional que sigui i ben indicada que estigui, ja que en les decisions clíniques s'ha de respectar, en principi, la voluntat de les persones com a manifestació del seu dret a l'autonomia personal, i per tant a la llibertat, a la intimitat i a la integritat. És un dret ja reconegut a la Llei 21/2000 del nostre Parlament, a la bàsica 41/2002 del Congrés de Diputats i a d'altres normes i base de la pràctica del Consentiment Informat.

Però a totes les disposicions legals o deontològiques s'assenyalen també excepcions a aquest dret. La primera excepció, que interessa especialment aquí, és quan hi ha "risc per a la salut pública...". Havent-hi aquest risc, la societat (és a dir, el conjunt de ciutadans) tindria no només el dret sinó l'obligació d'imposar actuacions per un bé comú i limitar, per aconseguir-lo, la llibertat de les persones. És clar que ha de quedar provat el risc a evitar, i ha de ser prou evident la proporcionalitat entre aquest i la imposició.

La proporcionalitat és un argument que s'ha utilitzat molt oportunament per obligar, per exemple, els conductors a utilitzar el cinturó de seguretat o els motoristes, el casc. S'ha considerat que és proporcional la petita pèrdua de llibertat que suposa davant del bé que prevé. Però no per col·locar-los el casc a la força, que sí que seria desproporcionat, perquè conculcaríem legítimament no només la llibertat del ciutadà, sinó també, a més, la seva integritat. I per fer aquesta darrera imposició, contra la integritat de les persones, necessitaríem encara més raons. En el cas que tractem hi hauria: el deure d'evitar un dany a tercers que legitimaria vulnerar no només la llibertat, sinó fins i tot la intimitat o la integritat física amb la inoculació obligatòria. La balança de cost-benefici s'inclinaria clarament a favor de la necessitat de *quid pro quo* entre tots.



Ara bé, aquesta necessitat hauria de ser indiscutible. El risc social hauria de ser objectivament molt clar i potser, a més, àmpliament sentit. I potser aquesta necessitat ara no és ni prou gran ni prou percebuda com a urgent. Així doncs, és l'oportunitat de l'obligació allò que seria discutible, no la seva legitimitat de principi.

Des del punt de vista objectiu, a les nostres societats el grau assolit de vacunació es manté prou alt amb la política actual, i a curt termini no es veu cap canvi, malgrat que l'acolliment d'immigrants podria fer augmentar la proporció de portadors de malalties i de no immunitzats. I, subjectivament, les malalties vençudes no se senten com a perill (qui es recorda avui de la poliomielitis?). Per tant, no serien arguments de principi, sinó purament de conseqüències, els que ens farien dubtar de decidir-nos ara per l'obligació. De fet, tenir en compte aquests arguments és allò que ha induït a tants països a abandonar de moment l'obligatorietat.

Quines són les conseqüències a tenir en compte? En primer lloc, amb una mesura dràstica de coerció legal es creu que no augmentaria gaire la proporció dels vacunats i sí, en canvi, la dels que defensen un dret a la integritat personal que, tot i que en aquest cas és mal utilitzat (fins i tot utilitzat clínicament, parasitàriament), és un dret que la societat està intentant defensar en la majoria d'àmbits de la pràctica clínica. Els escassos perjudicats, per exemple, farien més soroll amb això que no pas els beneficiats, sobretot si reben un dany. Sempre seria més intel·ligible una confusa demanda per lesió, per allò de *post hoc...*, *ergo propter hoc* (encara que no en fos demostrada la causa, com tendeix a fer la llei objectivista), que no pas la d'una persona que acusa els no vacunats del seu contagi d'una malaltia greu, o l'Estat per no obligar-ne la vacunació. A part, la coerció física és complicada.

Aquest seria el fons de l'argument per tolerar alguna negativa com ara: que potser no és prou necessari i en canvi podria tenir efectes contraproductius. Però no ho és l'argument de principi del dret absolut a la llibertat personal, perquè aquest s'hauria d'inclinar davant del perill a tercers, si el perill s'arriba a fer prou evident; sobretot, tractant-se d'infants, de ciutadans que hem de protegir, cosa que ens podria portar fins i tot a posar en dubte el bon ús de la tutela que reben d'uns pares objectors.

Resumint:

L'obligatorietat és racional, però no seria raonable aplicar-la ara. De moment es pot tolerar la llibertat al no consentiment com a dret relatiu mentre no sigui prou peremptòria la necessitat de protecció del bé comú, mentre siguin pocs, per exemple, els qui no volen.

Ara bé, encara que creiem que de moment és millor no utilitzar la imposició i decantar-se per la persuasió, no pot ser que es deixin de banda algunes obligacions fonamentals, de

principi, envers la comunitat. Pot passar que, en un futur, aquesta balança de risc-benefici actual s'inverteixi (per augment de la població no vacunada d'origen o augment dels "dissidents"), i hauríem d'estar preparats ja des d'ara per variar de política. Per això també recomanem:

- 1 Augmentar la informació sobre l'efectivitat, l'eficiència i el poc risc individual de la vacunació, i denunciar clarament les hipòtesis irracionals de risc imaginari com un frau no tolerable. Dir sempre que la vacuna és a l'abast de tothom com a servei bàsic al qual tothom té dret, per al bé de cadascú i de tots, i sobretot dels infants.
- 2 Apel·lar a la solidaritat com a valor per millorar la salut pública, i que de vegades la societat té raons per reclamar i exigir un *quid pro quo*. Cal dir sempre (en els plans...) que la societat té dret a obligar la vacunació, dret que no exerceix de moment mentre no ho vegi molt necessari, per exemple, en casos de brots d'epidèmia.
- 3 Millorar la informació entre la població i els professionals sobre malalties greus, ara ja rares precisament gràcies a la vacunació, com la poliomielitis. Dir sovint que l'espasa de Dàmocles d'algunes malalties infeccioses encara està penjada i hem d'estar alerta amb la seva fulla.
- 4 Augmentar el nostre coneixement sobre el possible perill: poblacions no vacunades d'origen (fluxos, dificultats) o reticents a la vacuna (nombre i raons). Informar del "llindar d'immunitat comunitària" necessari per a cada malaltia i de les variacions en la proporció de vacunats.
- 5 Vigilar sobretot els professionals que no recomanen la vacunació o que recomanen la no-vacunació (sobretot els qui utilitzen medicines alternatives) i, juntament amb el Col·legi de Metges, actuar sobre ells per mala pràctica, per posar en perill els malalts. I anunciar-ho així.
- 6 No disminuir la pressió social sobre els no vacunats (escoles, colònies, viatges), sabent i acceptant, però, que és una mesura hipòcrita malgrat la seva eficàcia.
- 7 Augmentar la responsabilització dels qui es neguen, obligant-los per exemple:
 - a conèixer les nostres raons: el bé dels altres, de menors;
 - a algun tipus de fefaència de la seva negativa, i de registre;
 - a la declaració de la malaltia, si s'escou;
 - a l'aïllament del malalt no vacunat, si hi ha perill al voltant.



- 8 Dir-nos i dir clarament, i sempre que es parli oficialment de vacunacions (plans, mitjans de comunicació, etc.), que la tolerància no és de principi, sinó que està subjecta a factors canviants de l'entorn: sobretot al fet que no augmenti el perill per a la comunitat (per exemple, amb l'augment de no vacunats, de portadors o d'objectors), perill que ha de valorar l'autoritat sanitària que ens hem donat entre tots.

Barcelona, 18 de desembre de 2007

Són membres del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya:

Sra. Victòria Camps i Cervera, presidenta; Sr. Marc Antoni Broggi i Trias, vicepresident primer; Sr. Rogeli Armengol i Millans, vicepresident segon; Sra. Maria Assumpció Benito i Vives, coordinadora; Sr. Màrius Morlans i Molina, Sr. Josep Ramon Arisa i Clusella, Sr. José Luis Ausin i Hervella, Sr. Joan Maria Pons i Ràfols, Sra. María Luisa de la Puente i Martorell, Sra. Montserrat Artigas i Lage, Sra. Montserrat Busquets i Surribas, Sra. Maria Teresa Bassons i Boncompte, Sr. Joan Viñas i Salas, Sr. Francesc Abel i Fabre, Sra. Margarita Boladeras i Cucurella, Sra. Maria Casado i González, Sr. Francesc Borrell i Carrió, Sr. Albert Jovell i Fernández, Sra. Milagros Pérez i Oliva, Sr. Octavi Quintana i Trias, Sr. Jordi Varela i Pedragosa, Sr. Francesc José María i Sánchez, Sr. Pablo Hernando i Robles, Sr. Xavier Carné i Cladellas, Sra. Virtudes Pacheco i Galván, Sra. Maria Josep Borràs i Pascual, Sra. Montserrat Boada i Palà, Sr. Alfons Vilarrasa i Cagigós, Sr. Eduardo Mendoza i Garriga, Sra. Francesca Puigpelat i Martí, Sr. Frederic Ximeno i Roca, Sr. José-Pascual Ortuño i Muñoz, Sr. Ismael Piñas i Forcadell, Sra. Pepita Corominas i Baulenas, Sr. Joan Rodés i Teixidor, Sra. Laia Bonet i Rull, Sra. Anna Veiga i Lluch, vocals; i el Sr. Josep Maria Busquets i Font, Secretari.

